

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE NO ADHERIDO AL
TRATAMIENTO MÉDICO - 2017.**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

Lic. LUZ ESTEFANY LOZANO CUADROS

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA.**

ASESORA:

MG. AIDA MAYTA FLORES

LIMA-PERÚ

2018

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO	
BASES TEORICAS:	8
TEORIAS DE ENFERMERIA.....	19
CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	22
ESTUDIOS RELACIONADOS.....	23
CAPÍTULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE.....	27
CAPÍTULO III	51
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. La Esquizofrenia Paranoide, es un trastorno mental, progresivo e irreversible, que se presenta con sintomatología variada de agresividad, ideación delirante, con contenido de daño, persecución en el que involucra a la familia, vecinos, ideas de prejuicios contra los profesionales, alteraciones en el pensamiento, alucinaciones visuales, auditivas y cambios comportamentales, que son manifestaciones más frecuentes en el trastorno mental. Con el presente trabajo se da a conocer la problemática de una paciente con Esquizofrenia Paranoide y la no adherencia al tratamiento médico, la misma por lo que está expuesta a la cronicidad y deterioro. El trabajo se realizó en el Centro Especializado de Salud Mental- COSMA (AYACUCHO), la valoración de los datos de la paciente se realizó por Dominios, utilizando la Taxonomía NANDA y la formulación de diagnósticos de Enfermería, con el Plan de Cuidados NIC, NOC. Las intervenciones del profesional de Enfermería se realizaron de acuerdo a las necesidades básicas del paciente utilizando como referencia la Teoría de Dorotea Orem. En la ejecución se detallan las actividades llevadas a cabo con la paciente, la evaluación refleja los logros a través de los indicadores NOC.

Palabras clave: Esquizofrenia, Proceso de Enfermería, no adherencia al tratamiento, agresividad, deterioro.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects more than 21 million people worldwide, is associated with considerable disability and can affect educational and work performance. Paranoid Schizophrenia is a mental disorder, progressive and irreversible, which presents with varied symptoms, aggressiveness, delusional ideation, with content of damage, persecution in which involves the family, neighbors, ideas of prejudice against professionals, alterations in thinking, visual hallucinations, auditory and behavioral changes, which are more frequent manifestations in mental disorder. With the present work, the problem of a patient with Paranoid Schizophrenia and the lack of adherence to medical treatment is presented, the same reason why it is exposed to chronicity and deterioration. The work was carried out in the Specialized Center of Mental Health - COSMA (AYACUCHO), the valuation of the data of the patient was done by Domains, using the NANDA Taxonomy and the formulation of Nursing diagnoses, with the Care Plan NIC, NOC. The interventions of the nursing professional were carried out according to the basic needs of the patient using the Dorotea Orem Theory as a reference. In the execution the activities carried out with the patient are detailed, the evaluation reflects the achievements through the NOC indicators.

Keywords: Schizophrenia, Nursing process, non-adherence to treatment, aggressiveness, deterioration.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y se presenta en más de 21 millones de personas en el mundo.¹

La prevalencia para cualquier trastorno psicótico es de 3,5% en la población general y 0,9% corresponde a la esquizofrenia. Por otro lado, la incidencia es más alta en varones (15-30 años) que en mujeres (25-35 años).²

Los pacientes con esquizofrenia paranoide presentan un estándar de vida significativamente más pobre que otros en su comunidad, hecho que condiciona su vida y limita su desenvolvimiento personal, familiar, académico y laboral. La medicación antipsicótica ha demostrado reducir la sintomatología y las recaídas asociadas a la esquizofrenia. Sin embargo, es relevante garantizar el adecuado cumplimiento al tratamiento médico.³

Los beneficios del tratamiento farmacológico son obvios para el control de la enfermedad, pero las tasas de no-adherencia farmacológica fluctúan de 20% a 89%, constituyendo el mayor obstáculo en el manejo de este trastorno.⁴ Los costos económicos y sociales de los trastornos mentales y sus complicaciones recaen en la sociedad, los gobiernos, los pacientes, sus cuidadores y familias.⁵

En Colombia, la prevalencia del incumplimiento al tratamiento farmacológico de pacientes con esquizofrenia alcanza al 51,2% asociada a la baja condición socioeconómica, instrucción primaria, consumo de sustancias psicoactivas como marihuana y tener familiares de primer grado con antecedentes de enfermedad mental.⁶

En Perú, el incumplimiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen equivale al 33%

asociada a la baja condición socioeconómica y la percepción de no mejoría con la medicación.⁷

El incumplimiento médico y farmacológico es un problema real en los pacientes esquizofrénicos, que dificulta su inserción en la sociedad y puede ocasionarles graves repercusiones en su salud mental. La no adherencia es una causa frecuente de hospitalizaciones, riesgo aumentado de suicidio, problemas con la familia y posibles adicciones a sustancias tóxicas.⁸

Los pacientes que no mantienen una adecuada adherencia al tratamiento por incumplimiento de la ingesta de antipsicóticos presentan alrededor de 10 veces mayor riesgo de recaídas y cuatro veces mayor riesgo de hospitalización que aquellos que tienen un adecuado cumplimiento.⁹

En la región de Ayacucho, el Centro Especializado de Salud Mental (COSMA) es la única institución privada de salud mental de referencia al que acceden pacientes de diferentes estratos socio-económicos para recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico para la esquizofrenia y otros trastornos mentales de manera ambulatoria.

Durante la experiencia profesional en esta institución, se ha observado casos de recaídas en pacientes esquizofrénicos sobre todo en aquellos que provenían de familias disfuncionales o desintegradas. Como quiera que la esquizofrenia es una enfermedad crónica y el tratamiento es continuo, los familiares de los pacientes llegan a cansarse y dejan de contribuir en el tratamiento, lo que genera el incumplimiento en la medición antipsicótica.

El conocimiento y correcta aplicación de los Cuidados de Enfermería en el trastorno mental, es de gran importancia para la evolución de la enfermedad y el tratamiento. Se pretende con la realización del presente trabajo informar la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, para ellos se brindará la información sobre la educación y los cuidados multidisciplinarios según a las principales necesidades del paciente, para poner en práctica las intervenciones necesarias que contribuyan a una evolución favorable. Por tanto, exige del profesional habilidades y destrezas

efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Por todo ello en el presente trabajo se tiene como **objetivo general**: Aplicar el proceso de enfermería en sus distintas etapas (Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación), para identificar los problemas de salud de la paciente y su entorno familiar, así como propone evitar las recaídas y/o deterioro

Por lo tanto, incidiremos en acciones que favorezcan el bienestar de la paciente y su familia, cuyo propósito del trabajo es educar y encaminar al paciente en su cuidado y tratamiento, logrando que la familia forme parte de su atención.

Como objetivo específico: Valorar los factores de la no adherencia al tratamiento que ponen en riesgo el estado de salud de la paciente y su familia, brindando así los cuidados del profesional de Enfermería en base a las necesidades del paciente.

El trabajo ha sido estructurado considerando en el **Capítulo I** revisión de la base teórica, teorías de enfermería, cuidados de enfermería y los estudios relacionados con el presente trabajo.

En el Capítulo II, se presenta la valoración según dominios y los diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, más EBE (Enfermería basada en evidencias) donde incluyo los datos subjetivos, datos objetivos, diagnósticos de enfermería, planificación, intervenciones y evaluación.

En el Capítulo III, se detallan las conclusiones y recomendaciones, a todo el personal de enfermería para mantenerse actualizados sobre las innovaciones en el área de la enfermería psiquiátrica utilizando los diagnósticos de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification).

CAPITULO I

1.1. BASES TEORICAS

1.1.1. ESQUIZOFRENIA

La Esquizofrenia, de acuerdo a la clasificación de trastornos mentales (CIE-10), es un trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

Fisiopatología

Se considera que la esquizofrenia es un trastorno del desarrollo neuronal, por algunas lesiones durante el desarrollo temprano de las redes neuronales, lo que produce una reducción de las conexiones con regiones cerebrales que producen los síntomas negativos y la persistencia de ciertas conexiones con el cíngulo y la corteza temporolímbica que dan lugar a los síntomas positivos. Esto se apoya en su desarrollo durante la adolescencia, la presencia de alteraciones estructurales al inicio de la enfermedad y la presencia en estudios neuropatológicos de alteraciones de la citoarquitectura cerebral. Sin embargo, no todos los pacientes pueden ajustarse a este esquema de la enfermedad, por lo que algunos pacientes no presentan problemas en el desarrollo neuronal.

Actualmente se considera que la esquizofrenia puede estar asociada a alteraciones estructurales en regiones corticales y subcorticales, como el circuito prefrontal, relacionado con la función ejecutiva, la apatía y la

desinhibición. La vulnerabilidad a la esquizofrenia es probablemente genética, pero se encuentra influenciada por otros factores etiológicos adquiridos.¹⁰

Epidemiología

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas. La incidencia de la población general es del 1 %. Es una enfermedad que se inicia en la adolescencia y del adulto joven con poca frecuencia entre los 15 años y después de los 45 años. Sin embargo, la mortalidad es más elevada entre los 15 y 45 años. La enfermedad está repartida por igual en ambos sexos. Está aceptado el hecho de que la aparición es más temprana en los varones que en las mujeres y existe un pico entre los 15 y 25 en los primeros y entre los 25 y 35 en las segundas. Asimismo, se admite que es más discapacitante en los varones.¹¹

Etiología

Investigaciones recientes indican que la esquizofrenia está relacionada con problemas en la química y la estructura cerebral. Sin embargo, no se ha identificado una única causa para todos los casos de esquizofrenia. Se han formulado numerosas teorías sobre la causa de la esquizofrenia.

- a) **Predisposición Genética.** O hereditaria el riesgo de heredar la esquizofrenia es el 10% en personas que tienen un familiar directo, el 40% si la enfermedad afecta a ambos progenitores.
- b) **Alteraciones Bioquímicas y Neuroestructurales.** Una cantidad excesiva del neurotransmisor dopamina provocan que los impulsos nerviosos bombardeen la vía mesolímbica, la parte del cerebro que normalmente participa en estimulación y la motivación se altera la comunicación celular provocando la aparición de alucinaciones y delirios que son los síntomas de la esquizofrenia.

- c) **Alteraciones Orgánicas o Psicofisiológica.** Es un defecto funcional que se produce en el cerebro a consecuencia de factores estresantes, como una infección vírica, sustancias tóxicas, un traumatismo o sustancias que alteran alguna función orgánica.
- d) **Alteraciones durante el Embarazo y Nacimiento.** Si el feto en desarrollo o el recién nacido tiene carencia de oxígeno durante la gestación o si la madre sufre desnutrición durante el primer trimestre del embarazo. También se ha analizado la incidencia de un traumatismo o de una lesión durante el 2 trimestre del embarazo y en el nacimiento.
- e) **Estresores Ambientales.** Los lóbulos prefrontales del cerebro son extremadamente sensibles al estrés ambiental. Las personas esquizofrénicas manifiestan estrés ambiental cuando sus familiares y conocidos responden negativamente a sus propias necesidades emocionales. Los factores estresantes que pueden contribuir a la esquizofrenia son una relación deficiente materno filial, una alteración grave de las relaciones interpersonales familiares, una alteración en la identidad sexual e imagen corporal, y un concepto rígido de la realidad.

Diagnóstico y Características Clínicas

Para diagnosticar la esquizofrenia se evalúa el estado mental, sus antecedentes de comportamiento, o de consumo de sustancias.

Sintomatología

La esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción, el pensamiento y la esfera afectiva, conservando tanto la conciencia como las capacidades intelectuales, aunque con el progreso de la enfermedad se van alterando. Los pacientes creen que sus pensamientos y sentimientos son conocidos por otras personas y pueden tener ideas delirantes con respecto a fuerzas naturales o sobrenaturales.

El inicio de la enfermedad puede ser agudo, con trastornos graves de la conducta. Cuando se manifiesta como un proceso crónico se desarrolla gradualmente con ideas y conductas extrañas. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres. Los síntomas se dividen en dos tipos: síntomas positivos (relacionados con los fenómenos psicóticos y las alucinaciones) y los síntomas negativos (apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional).

a) Síntomas positivos

❖ **Alteraciones de la sensopercepción**

- Ilusiones: son poco frecuentes y se explican por la superficialidad de la atención, que dificulta la captación sensorial y produce un registro deformado de la realidad.
- Alucinaciones: comprenden todos los campos sensoriales. Las más frecuentes son las auditivas.

❖ **Alteraciones del pensamiento**

- Alteraciones en la forma, en las que se perturba la coherencia del pensamiento.
Normalmente existe una idea directriz, que es la encargada de que el pensamiento progrese hacia una finalidad.
- Alteraciones en la fluidez, puede haber aceleración del pensamiento, el paciente se presenta verborreico y en su nivel máximo con fuga de ideas (cambia continuamente de tema) o por el contrario con retardo o inhibición del pensamiento.
- Alteraciones del contenido, son las que reflejan las ideas del paciente, sus creencias y su forma de interpretar la realidad. El delirio es el síntoma fundamental, son de variados tipos e incluyen temáticas diversas.

b) Síntomas negativos

Los fundamentales son el aplanamiento afectivo, la alogia, la abulia y la anhedonia.

c) Alteraciones neurocognitivas

La disfunción de tipo cognitivo se considera en la actualidad un componente central de la enfermedad. Desde el punto de vista atencional, las respuestas a los estímulos son más lentas, existe dificultad para distinguir el estímulo principal de los accesorios o para poder dividir la atención en varias actividades simultáneas.¹²

Clasificación

- a) **Tipo paranoide.** Predominan las **ideas delirantes** como de persecución, de grandeza y **alucinaciones auditivas** (el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje, ni afectividad inapropiada o plana).

Ideas Delirante:

1. Grandeza, la persona afectada tiene creencias de aumento de poderes, conocimiento, o identidad o ser una persona famosa. “soy Spiderman”
2. Referencia, los acontecimientos, objetos o personas en el entorno inmediato tienen un significado personal particular y poco habitual. “el locutor me habla a través de la televisión”
3. Persecución la creencia centra es que hay una conspiración contra la persona afectada, se la está acusando, engañando o persiguiendo. “la comida de aquí esta envenenada”
4. Somática, el contenido de la idea delirante se relaciona con la estructura o la función del cuerpo del paciente. “tengo una maquina dentro del cuerpo”
5. Extraña, ideas claramente improbables que no derivan de experiencias de la vida real. “mi vecino planto un pez en mi cerebro que me dice cuando tengo que beber agua”

6. Emisión del pensamiento, los pensamientos propios se transmiten en voz alta, por lo que otras personas pueden oírlo. “no quiero ir a la tienda talvez hiero el sentimiento de alguien si pienso que este gordo”
7. Inserción del pensamiento, los sentimientos de la persona no son suyos, sino que son insertados en su mente. “usted cree que soy malo, pero no es así, el diablo puso esas ideas en mí”

Alucinaciones:

1. Alucinaciones auditivas. Son el tipo de alucinación más frecuente en la clínica psiquiátrica. Este tipo de alucinaciones son una forma frecuente de inicio de la esquizofrenia. El paciente percibe voces que dialogan entre sí sobre su persona o pensamiento o comentan sus actividades. El paciente se siente sujeto a las argumentaciones que puedan realizar estas voces sobre él. En general, aunque no siempre, las voces presentan un contenido negativo y desagradable. El sujeto se siente controlado por la experiencia.
2. Alucinaciones visuales u ópticas. Se pueden diferenciar entre elementales y complejas. En las alucinaciones visuales complejas la visión adquiere características semejantes a la realidad. El sujeto ve objetos o seres reconocibles.
3. Alucinaciones táctiles. Generalmente este tipo de alucinaciones están referidas a sensaciones cutáneas. El enfermo experimenta sensaciones de que le tocan, agarran, estrangulan, pinchan o atraviesan, etc.
4. Alucinaciones somáticas. Denominadas también cenestésicas afectan o están referidas al interior del cuerpo o a alguna de sus partes. El paciente tiene, sensaciones de estar petrificado, hueco, vacío, lleno de líquido.

5. Alucinaciones olfativo-gustativas. Se trata de sabores u olores generalmente desagradables.

- b) **Tipo desorganizado.** Se caracteriza por el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
- c) **Tipo catatónico.** Involucra importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética; puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- d) **Tipo indiferenciado.** Hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- e) **Tipo residual.** Donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.¹³

Tratamientos

A. Farmacológico

Los medicamentos más utilizados son los antipsicóticos, encargados de tratar y prevenir las alucinaciones y los delirios. El principal inconveniente de estos fármacos es que los efectos no son inmediatos. Pueden tardar en notarse semanas o incluso meses.

Se pueden encontrar dos grandes grupos de antipsicóticos, los convencionales y los nuevos o atípicos. Dentro de los convencionales están la clorpromazina, la flufenazina, el haloperidol, la levomepromazina, entre otros. Los nuevos tratamientos incluyen la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, la ziprasidona, la clozapina, el aripiprazol, entre otros.

Los antipsicóticos convencionales son utilizados con buen efecto, pero pueden presentar efectos adversos más intensos, como sedación,

alteraciones en la actividad motora, ganancia de peso, etc. Los psicofármacos no convencionales son muy efectivos y también presentan escasos efectos adversos a nivel inmunológico.

Efectos colaterales extrapiramidales

El paciente con psicosis no tratada tiene elevación de la actividad dopaminérgica. El mecanismo homeostático de la persona responde aumentando la actividad colinérgica. Debe haber equilibrio entre los neurotransmisores dopamina y acetilcolina para mantener la función muscular normal. Cuando este paciente recibe un fármaco antipsicótico, se reduce rápidamente la actividad dopaminérgica, para la actividad colinérgica sigue estando elevada. Como consecuencia suele haber un desequilibrio entre la actividad dopaminérgica y colinérgica, lo que produce Síntomas extra piramidales, un segundo fármaco anti parkinsoniano, puede restaurar este equilibrio y aliviar el malestar que les produce.

Los Síntomas extrapiramidales son síntomas neurológicos significativos y son los siguientes:

- Disonía. (rigidez muscular) afecta a los músculos lisos: lengua, se puede producir atragantamiento. puede ser leve, con tensión de los músculos de la mandíbula, o grave como una crisis oculogira (giro posterior e incontrolable de los ojos), torticollis (el cuello gira la cabeza hacia un lado y atrás) u opistotonos (espasmos musculares de arqueamiento de la espalda y cuello) este efecto se produce aproximadamente en el 20% de los pacientes.
- Seudoparkinsonismo. (rigidez, temblor y marcha arrastrada).
- Acatisia. (inquietud, imposibilidad de estar quieto)
- Discinesia tardía. (trastorno del movimiento de inicio tardío).

B. Terapia psicosocial

Las terapias psicosociales nunca deben reemplazar al tratamiento farmacológico, pero sí son un buen acompañamiento, sobre todo cuando se han superado los síntomas psicóticos.

El enfoque cognitivo-conductual parece ser el que mejores resultados ofrece. En cualquier caso, el objetivo de estos tratamientos debe ser que la persona con esquizofrenia tenga una buena relación con las personas de su entorno, que aprenda a manejar el estrés, que entienda mejor lo que le sucede y la trascendencia de la adherencia al tratamiento.

C. Rehabilitación

El objetivo del tratamiento del trastorno mental debe ser la rehabilitación y la reinserción social. Que la persona afectada sea capaz de llevar una vida normal en la medida de lo posible y se restablezca una normalización en su relación con los demás y con la Sociedad. Para ello, además del éxito terapéutico farmacológico y psicoterapéutico, es siempre recomendable que el paciente esté inmerso en un entorno profesional que le ofrezca todo el apoyo, pero que, a la vez, favorezca su auto superación y su independencia.¹⁴

1.1.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia no debe ser pasiva, ya que requiere un compromiso. Es una alianza paciente-profesional para el acuerdo en las recomendaciones, requiere la conformidad del paciente. Este debe ser socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención. La buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva. En síntesis, podemos decir que el cumplimiento es parte de la adherencia.¹⁵

La adherencia se define como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.¹⁶

La adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, más que hablar solo de prescripciones farmacéuticas, el concepto de adherencia al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas incluye desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuarlo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas de los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y seguir adecuadamente el régimen terapéutico.¹⁷

Las dimensiones que considera la adherencia al tratamiento involucran los siguientes aspectos:

- a) **Aceptación.** Es la fase de concientización del paciente con la enfermedad, la necesidad de recibir tratamiento y estar de acuerdo con las recomendaciones.¹⁸
- b) **Cumplimiento.** El término cumplimiento terapéutico se relaciona con una conducta más pasiva y sumisa por parte del paciente a obedecer una orden o prescripción médica.¹⁹
- c) **Persistencia.** La persistencia se define como el número de días de utilización continua de la medicación durante un periodo específico. Se puede establecer para cada individuo un periodo de gracia o intervalo permitido para obtener o recargar la medicación prescrita.²⁰

Factores asociados a la adherencia

La adherencia al tratamiento médico farmacológico en la esquizofrenia es un fenómeno complejo y de múltiples factores, resumidos en cuatro:

21

- a) **Factores sociodemográficos.** Están referidos a la edad, sexo, estado civil, tipo de familia, desintegración familiar, funcionamiento familiar, condición económica, nivel de instrucción, etc.

b) Factores relacionados con el trastorno. Involucra el tipo de esquizofrenia, severidad y curso del trastorno.

c) Factores relacionados con el tratamiento. Están referidos a la frecuencia e intensidad de los efectos secundarios y duración del tratamiento.

d) Factores relacionados con los valores y actitudes del paciente. Comprende la actitud hacia la enfermedad.

❖ Otros autores consideran que los factores asociados a la adherencia son los siguientes:²²

Factor	Causa
El paciente	Olvido
	Procrastinación
	Actitud, falta de confianza en el tratamiento
	Falta de entendimiento de la importancia de seguir la agenda de dosificación
	Edad, sexo
	Inhabilidad de administrarse la medicación en forma apropiada (ej. Inyectables, inhalador, etc.)
	Fatiga de la terapia (pacientes con enfermedades crónicas)
	Administración de la ansiedad
La enfermedad	Tipo
	Asintomática
El tratamiento	Largo, complejo
	Cambio de régimen
	Cambio de estilo de vida
	Falta de inmediatez del efecto
	Poli-medicación

	Efectos secundarios
	Cambio de profesional de la salud
El equipo de asistencia sanitaria	Comunicación con el profesional de la salud.
	Relación paciente-profesional.
Aspecto socioeconómico	Costo del medicamento.
	Falta de apoyo personal.

No adherencia al tratamiento

Paciente que no cumple con el tratamiento médico diario más de una semana al mes en un lapso de tiempo de 03 meses previa a la entrevista.

23

La no adherencia puede ocurrir en cualquier momento: al inicio, durante y al finalizar el programa terapéutico. Incluso la persona se adhiere a ciertos aspectos de la prescripción en algún momento o circunstancia y en otros no. Esto puede ser: medicamento sí, dieta no, acudir a citas en forma irregular, etc. ²⁴

1.2. TEORIA DE ENFERMERIA

TEORIAS DE DOROTEA OREM

Teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

- ✓ Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ✓ Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ✓ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ✓ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo.
- ✓ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.

- ✓ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) Y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorotea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona, como por ejemplo las recomendaciones médicas a las mujeres embarazadas con diagnósticos Psiquiátricos.

3.- Apoyar física y emocionalmente a la persona, Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en el proceso de rehabilitación de un paciente esquizofrénico.

5.- Enseñar a la persona y brindar educación, por ejemplo, la presentación y aliño personal a un paciente crónico.²⁵

1.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE NO ADHERIDO AL TRATAMIENTO MEDICO.

Una vez detectados los factores condicionantes a la falta de adherencia al tratamiento, es importante destacar ciertos elementos para optimizar la eficacia de la intervención:

- ❖ Apoyar al paciente en su tratamiento médico, no podemos hacer recaer sobre él toda la responsabilidad del problema, (considerando su aspecto mental).
- ❖ Plantear un enfoque individual, cada paciente es diferente y por ello es necesario seguir una estrategia de intervención personalizada.
- ❖ Establecer un vínculo de confianza y empatía con el paciente para así disminuir la tasa de abandono.
- ❖ Es necesario establecer estrategias simples para facilitar su aceptación y cumplimiento al tratamiento médico
- ❖ Realizar un abordaje multidisciplinar de profesionales médicos, enfermería y farmacéuticos, coordinados y en

colaboración para un objetivo común: incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos.

- ❖ Involucrar a los familiares, en la participación del plan del tratamiento
- ❖ Monitorear al paciente para facilitar el cumplimiento, por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.
- ❖ Citación periódica al centro hospitalario para valoración de posibles efectos adversos de los psicofármacos.
- ❖ Facilitar notas informativas sobre el problema de salud, enfermedad y tratamiento al paciente y familia.
- ❖ Medidas educativo- conductuales, proporcionar y enseñar habilidades de afrontamiento.

1.4. ESTUDIOS RELACIONADOS

- a) Izaskun Gallego Sola desarrolló la investigación “*Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*”, España. **Objetivo.** Describir la importancia del papel de la enfermería en el logro de una buena adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos. **Método.** Se trata de un trabajo descriptivo y bibliométrico mediante la lectura crítica de artículos científicos de psiquiatría y de enfermería en inglés y en español de diferentes bases de datos. **Resultados.** En este tipo de pacientes existen altas tasas de incumplimiento del tratamiento e incluso de abandono, que a menudo provocan recaídas y hospitalizaciones. Este incumplimiento supone un problema de salud pública y se produce debido a las características propias de las enfermedades psiquiátricas y sobre todo a la falta de conciencia de su enfermedad. Otros factores que influyen son los efectos adversos de la medicación, la falta de apoyo por parte de la familia y la desconfianza en los profesionales sanitarios. **Conclusión.** La medicación juega un

papel fundamental en el tratamiento de este tipo de pacientes, por lo que es labor de la enfermera conseguir un correcto cumplimiento de la misma.²⁶

- b) Lina Amézquita, Adriana Barrera y Tatiana Vargas desarrollaron la investigación “*Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*”, Colombia. **Objetivo.** Determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. **Métodos.** Estudio de corte transversal de 184 pacientes en la Clínica La Paz. Se hizo recolección y verificación de la información con la aplicación de un cuestionario que evaluó factores relacionados con la no adherencia terapéutica. **Resultados.** La prevalencia de no adherencia fue del 51.2%. Las variables con asociación estadísticamente significativa a la no adherencia al tratamiento farmacológico fueron: pertenecer a los estratos socioeconómicos bajos (RP=1.35; IC 95% 1.01 - 1.79), tener un nivel educativo de primaria (RP= 1.44; IC 95%: 1.07 - 1.93), consumo de sustancias psicoactivas, marihuana (RP=1.80, IC95%: 1.40 – 2.32), tener familiares de primer grado con antecedentes de enfermedad mental (RP=1.48, IC95%: 1.12 -1.94); y el tener madre con antecedente de enfermedad mental (RP=1.77, IC95%: 1.36 - 2.31). Los factores que explicaron la no adherencia con el análisis multivariado fueron: el no haber tenido a tiempo los medicamentos y el no haberlos recibido en su totalidad en el último mes, comportándose como factores con mayor probabilidad de asociación a la no adherencia. **Conclusión.** Tener antecedentes familiares en primer grado de enfermedad mental, inadecuado acceso a los servicios de salud, consumo de sustancias psicoactivas y efectos adversos aumentan el riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes

esquizofrénicos predisponen a un mayor riesgo de no adherencia terapéutica.²⁷

- c) Jacqueline Margot Paucar Ayllón desarrolló la investigación *“Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud – 2010”*, Lima. **Objetivo.** Determinar los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes esquizofrénico adultos en el Departamento de psiquiatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. **Metodología.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, donde se entrevistaron a 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, cada uno con sus respectivos familiares, pacientes que se encontraban en condición ambulatoria y con un tiempo de tratamiento mayor o igual a 3 años, en el en el Departamento de psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **Resultados.** Los pacientes presentaron un 67% de adherencia al tratamiento. **Conclusión.** Se observó que en las variables demográficas como edad, sexo y estado civil; no se encontró asociación significativa con la adherencia al tratamiento. La gran mayoría de los entrevistados (78 %) no trabaja. Evidenciándose asociación significativa de riesgo entre el no trabajar y la pobre adherencia al tratamiento farmacológico. El 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación. Se encontró asociación significativa entre los que no percibieron cambios positivos con la medicación y la no adherencia al tratamiento. No se encontró asociación entre número de hospitalizaciones y la no adherencia al tratamiento farmacológico. El 34% de los pacientes no cumplen con sus controles periódicos, estando asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento. Asimismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el

muy buen y buen trato hospitalario con la adherencia al tratamiento farmacológico.²⁸

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE-EBE

❖ **DATOS FILIACIÓN**

- Nombres y Apellidos : S.Q.M
- Edad : 28 años
- Fecha de Nacimiento : 08/11/1988
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza.
- Religión : católica
- Grado de Instrucción : Superior Incompleto (serie 200)
- Ocupación Actual : Desocupado
- Ocupaciones Anteriores : Estudiante de Enfermería
- Estado Civil : Soltera
- Lugar de Nacimiento : Ayacucho
- Domicilio : Jr. Finlandia N°172 Miraflores
- Nombre del Padre : A. Q.
- Nombre de La Madre : M. M.

❖ **DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

- Establecimiento : Centro Especializado De Salud Mental- COSMA, Ayacucho.
- Procedencia : Huamanga
- Fecha de Ingreso : 27/07/2017

- Procedencia : Emergencia
- Forma de llegada : Amarrada
- Elaboración de historia clínica : 30/06/2010
- Fecha de Evaluación : 27/07/2017
- Informantes :
 - Paciente : 20 minutos (poco confiable, agresiva)
 - Padres : 50 minutos (confiable)

❖ **DIAGNOSTICO MEDICO:**

Esquizofrenia paranoide (CIE-10: F20.0)

❖ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Prenatales:

- N° controles prenatales : 09
- N° de hermanos : 02 hermanos
- N° de hijo : tercera hija
- Embarazo deseado : Si

Natales:

- Tipo de parto : Eutócico
- Meses de gestación : 09 meses
- Peso al nacer : 3,900 aproximadamente.
- Complicaciones : Ninguna
- Inmunizaciones : Incompletas

- Lactancia materna :03ños

Crecimiento y Desarrollo:

- Edad al caminar :01 año y 6 m aproximadamente
- Edad al hablar :01 año y 6 m aproximadamente
- Control de esfínteres :03 años aproximadamente

Psicosexualidad:

- Inicio de Relaciones Sexuales : No da referencia.
- N° Parejas Sexuales : No da referencia.
- Método Anticonceptivo : No da referencia.
- Pareja : No tiene

Escolaridad :

Nivel inicial, primario y secundario estudio en la provincia de cangallo a 4 horas de la ciudad de huamanga. Madre niega que haya sido una mala alumna al contrario era muy estudiosa, pero si callada. Tuvo 2 intentos de ingresar a la Fuerza Aérea Del Perú, 2 veces postulo a la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Desde que ingreso a la universidad siempre ha tenido problemas en aprobar los cursos y dificultades con sus compañeras.

❖ ANTECEDENTES LABORALES:

Ninguno, estudia en la universidad y a veces ayudaba en labores domésticas.

❖ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Eruptivas : Niega
- Enfermedades : -Tuberculosis (negativo)

- Diabetes Mellitus (negativo)
- Hipertensión arterial (negativo)
- Hospitalizaciones : 01 hospitalización en ESSALUD-HUAMANGA- AYACUCHO (2012 Con Diagnostico de Esquizofrenia Paranoide)
- Cirugías : Ninguna
- Transfusiones : Ninguna
- Alergias : Ninguna
- Accidente : Ninguno
- Tratamiento 2012 : Risperidona 2mg 1/2 desayuno y 1Cena, tratamiento no fue supervisado por familia.

Hábitos Nocivos:

- Alcohol : Niega
- Tabaco : Niega
- Drogas : Niega.

DINÁMICA FAMILIAR:

Sonia es la última de 3 hermanos, de niña vivía con sus padres, como toda niña era inquieta pero no malcriada, siempre hubo violencia por parte de su padre quien en constantes ocasiones agredía a su madre y siempre todo era gritos. La paciente era muy callada.

En el año 2009 recuerda la madre, que su esposo castigo a la paciente y todo porque no le hizo caso, de manera intempestiva empezó a cambiar lloraba, tenía miedo, un día bajo del carro cuando iban a misa desapareció por horas y cuando le encontraron manifestó tener bastante miedo.

❖ **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Niega antecedentes familiares.

❖ **MOTIVO DE LA CONSULTA:**

Paciente tiene un tiempo de enfermedad de 08 años aproximadamente, durante los últimos meses antes de recibir atención, la paciente ya no tomaba la medicación según referencia de padres, ella ya controlaba sola su toma de medicación y de entonces poco a poco empezó a tener cambios, se tornó desconfiada y empezó a tener signos de agresividad, desconfianzas, conducta extraña; por lo cual los padres al no poder controlarla por su grado de agresividad la traen al Centro Especializado de Salud Mental – COSMA, Ayacucho.

❖ **SITUACION PROBLEMA**

Paciente con iniciales S.Q.M. de 28 años de edad, de sexo femenino, estudiante de enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga procedente de Ayacucho.

Paciente ingresa en compañía de sus padres al servicio de psiquiatría del Centro Especializado de Salud Mental, sus padres la traen a la fuerza, donde es ingresada de forma involuntaria para ser atendida debido a su conducta desconfiante y agresiva. En el momento de su llegada paciente refiere: “Me quieren hacer daño, todos ustedes son malos, así como mis vecinos y profesoras de la universidad, ustedes me quieren envenenar con la comida, no se saldrán con la suya, que doctor ni nada yo también soy enfermera, ustedes son los locos yo estoy bien” “malditos déjenme, que viejo está usted doctor que feo lunar tiene” “se van a morir Dios los castigara”.

Padre de paciente refiere: “esta agresiva, nos insulta, se encierra en su habitación no toma sus pastillas, por las noches esta despierta, se queda horas perplejas en un solo lugar, grita e insulta a los vecinos,

dice cosas incoherentes. Ya no quería venir ella decía que ya estaba sana, no sabemos que hacer”

A la observación despierta, pálida, desorientada en tiempo, parcialmente en espacio, con bajo peso, con descuido en su aliño personal , presenta ideación delirante con contenido de daño, persecución en el que involucra a la familia, vecinos y profesoras de la universidad, querellante, dialogo incoherente, presenta ideas de prejuicios contra los profesionales, insulta al médico psiquiatra y enfermeras de turno, paciente muestra actitud desconfiada irritable y agresiva, niega tener alucinaciones auditivas durante la entrevista muy suspicaz y presenta nula conciencia de enfermedad mental.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- **Apetito** : disminuido
- **Sed** : Aumentada
- **Sueño** : Alterado
- **Orinas** : Normal
- **Deposiciones** : Normal.

TERAPÉUTICA A SU INGRESO:

- Dieta completa
- Observación permanente
- Control de funciones vitales
- Control de peso
- Evaluación psicológica y psicoterapia cognitiva
- Evaluación social
- Seguimiento domiciliario
- Decanoato de Haloperidol 50mg 1 ampolla cada 30 días

Intramuscular.

- Olanzapina 10mg 1 noche.
- Biperideno 2 mg. 1 desayuno 1 almuerzo 1 cena
- Clonazepam 2mg 1 cena

EXAMEN MENTAL

- **Apariencia y Actitud:** Decúbito dorsal activa, despierta, aparenta su edad cronológica, con desaliño personal, no establece contacto visual, indiferente su alrededor, agresiva, hostil, suspicaz, poco colaboradora con la valoración
- **Orientación:** Orientado en persona, desorientado en espacio y tiempo.
- **Memoria:** Anterógrada
- **Psicomotricidad:** Aumentada, pero contenida por estar amarrada.
- **Ánimo:** exaltada, desorganizada.
- **Percepción:** Alucinaciones auditivas y visuales, alteraciones senso- perceptivas.
- **Lenguaje:** Muy pobre, incoherente, taquilalia y verborreica, tono de voz alto.
- **Pensamiento:** Con ideas delusivas de referencia, daño y persecución.
- **Juicio:** Alterado
- **Introspección:** Sin conciencia de enfermedad mental
- **Atención y Concentración:** Hipoprosexia

EXAMEN FÍSICO

ESTADO GENERAL: Paciente con agitación psicomotriz, con marcado descuido en su higiene y aliño personal, tendencia a heteroagresividad, alucinaciones visuales y auditivas, ideas delusivas de referencia y daño, sin conciencia de Enfermedad mental.	
ESTADO DE CONCIENCIA:	Parcialmente desorientada en lugar, tiempo, y espacio.
CABEZA:	Normocefalico
OJOS:	Simétricos, conjuntivas rosadas, reactivas. A la luz, no establece contacto visual.
OÍDOS:	Asimetría, permeable.
NARIZ:	Simétrica,
BOCA:	Simetría en comisura, mucosa oral permeable, Paladar sin alteraciones.
CUELLO Y CLAVÍCULA:	Centrado, sin signos de fractura, ni ganglios inflamados.
TÓRAX Y PULMONES:	No presencia de ruidos agregados en pulmones. Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto. Saturación de oxígeno: 95%
CORAZÓN:	Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos. Presión Arterial: 100/60mmhg Frecuencia Cardíaca: 90 por minuto
ABDOMEN:	Simétrico, ruidos hidroaéreos normales, blando depresible.
OMBLIGO:	Plano, sin alteraciones

ANO:	Permeable.
EXTREMIDADES:	Extremidades superiores e inferiores simétricos, Adopta en la mayoría del tiempo posición decúbito dorsal activo.
COLUMNA:	Curvatura aparentemente normal.
NEUROLÓGICO:	No signos meníngeos ni de focalización

2.1. VALORACION SEGÚN DOMINIOS.

VALORACIÓN POR DOMINIOS:

Los datos valorados se presentan según dominios alterados:

DOMINIO	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	No tiene conciencia de la enfermedad, ingresa por descompensación por incumplimiento de régimen terapéutico, ejercicios disminuidos por su hospitalización, no ingiere alcohol, ni fuma tabaco.
DOMINIO 2 NUTRICION	Al ingreso presenta baja de peso durante los últimos 5 meses, Peso: 38 kg y mide 1.55 metros –Índice de Masa Corporal =15.8 (delgadez moderada) Se niega tomar los alimentos pues afirma que está contaminado. Solo a veces come lo que prepara y toma agua.
DOMINIO 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO	No presenta problemas al orinar, Incontinencia urinaria: No, Incontinencia fecal: No, Hábito intestinal: 1 a 2 veces por día (Funcional)
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	Hiperactividad motora, agitación psicomotriz por lo que se le administra tratamiento de sujeción y farmacológico. Inquieta, con dificultad permanecer en consulta. Presenta déficit en su higiene personal, requiere de apoyo de personal, insomnio, esto afecta su estado de ánimo y a la vez lo conduce a un estado de cansancio, irritabilidad, presenta conducta desorganizada.

DOMINIO 5 PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN	<p>Desorientado en espacio y tiempo, paciente hostil, poco colaborador, con actitud de desconfianza, suspicaz.</p> <p>Ideación delirante con contenido de daño, persecución en el que involucra a la familia, vecinos y profesoras de la universidad, ya que cree que se le quiere hacer daño y que la comida está contaminada, por eso no come y ella prepara su comida, se queda horas parada viendo la pared y hablando, presenta ideas de prejuicios contra los profesionales, insulta al médico psiquiatra y enfermera de turno, refiriendo que ella está bien que le queremos hacer daño y que no nos saldremos con la nuestra.</p> <p>Niega alucinaciones auditivas, pero se queda horas mirando la pared y hablando.</p> <p>Se niega a ingresar y a recibir tratamiento farmacológico.</p>
DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN	<p>Paciente le preocupa que todos le quieren hacer daño.</p> <p>Presencia de alucinaciones auditivas y visuales.</p>
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES	<p>Soltera, vive con sus padres, las relaciones no son armoniosas por el comportamiento de la paciente.</p> <p>Paciente con dificultad para relacionarse con sus compañeras y amigas.</p> <p>Malas relaciones interpersonales con los vecinos debido a que los insulta.</p>
DOMINIO 8 SEXUALIDAD	<p>No problemas de identidad sexual, no pareja en la actualidad.</p>
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL	<p>Se muestra inquieta, ansiosa, debido a la ideación delirante hasta el punto de la heteroagresividad.</p> <p>Muestra actitud desconfiada y niega colaborar.</p>

ESTRES	
DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES	Familia de religión católica.
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Estado de enfermedad no controlada, paciente presenta riesgo de autoagresión y heteroagresión.
DOMINIO 12 CONFORT	Paciente no refiere dolor, ni molestias físicas, Temor a las personas que la rodean.
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Crecimiento: Normal Desarrollo: normal

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DOMINIOS	DIAGNÓSTICOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	00029 Incumplimiento del régimen terapéutico r/c no conciencia de trastorno mental e/p exacerbaciones de síntomas y no asistencia a controles.
DOMINIO 2 NUTRICION	00002 Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c delusiones de daño e/p lo que verbaliza la paciente “la comida está contaminada” e IMC=15.8 delgadez moderada
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	00108 Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro de la función cognitiva e/p dificultad para realizarse la higiene y desaseo personal. 00095 Insomnio r/c no ingesta de medicación e/p sueño alterado, irritabilidad y dificultad para realizar actividades de día.
DOMINIO 5 PERCEPTIVO/ COGNITIVO	00129 Alteración de los procesos del pensamiento r/c deterioro cognitivo crónico e/p ideas delirantes de daño, persecución y lenguaje incoherente.
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES	00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c salud inestable del receptor de los cuidados.
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros r/c escaso control de impulsos e incumplimiento de tratamiento.

PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS REALES	<p>00002 Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c delusiones de daño e/p lo que verbaliza la paciente “la comida está contaminada” e IMC=15.8 delgadez modera.</p> <p>00029 Incumplimiento del régimen terapéutico r/c no conciencia de trastorno mental e/p exacerbaciones de síntomas y no asistencia a controles.</p> <p>00095 Insomnio r/c no ingesta de medicación e/p sueño alterado, irritabilidad y dificultad para realizar actividades de día.</p> <p>00129 Alteración de los procesos del pensamiento r/c deterioro cognitivo crónico e/p ideas delirantes de daño, persecución y lenguaje incoherente.</p> <p>00108 Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro de la función cognitiva e/p dificultad para realizarse la higiene y desaseo personal.</p>
DIAGNÓSTICOS POTENCIALES	<p>00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros r/c escaso control de impulsos e incumplimiento de tratamiento.</p> <p>00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c salud inestable del receptor de los cuidados.</p>

PRIORIDAD:

PRIORIDAD ALTA	<p>00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros r/c escaso control de impulsos e incumplimiento de tratamiento.</p> <p>00002 Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c delusiones de daño e/p lo que verbaliza la paciente “la comida está contaminada” e IMC=15.8 delgadez modera.</p>
PRIORIDAD MEDIANA	<p>00029 Incumplimiento del régimen terapéutico r/c no conciencia de trastorno mental e/p exacerbaciones de síntomas y no asistencia a controles.</p> <p>00095 Insomnio r/c no ingesta de medicación e/p sueño alterado, irritabilidad y dificultad para realizar actividades de día.</p> <p>00129 Alteración de los procesos del pensamiento r/c deterioro cognitivo crónico e/p ideas delirantes de daño, persecución y lenguaje incoherente.</p>
PRIORIDAD BAJA	<p>00108 Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro de la función cognitiva e/p dificultad para realizarse la higiene y desaseo personal.</p> <p>00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c salud inestable del receptor de los cuidados.</p>

2.3. PLANTEAMIENTO, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

DIAGNOSTIC O DE ENFERMERIA	NOC	NIC	EVALUACION
00140 Riesgo de violencia dirigida hacia otros r/c escaso control de impulsos e incumplimiento de tratamiento.	1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN Escala: Nunca demostrado a siempre demostrado. 140110 Identifica cuando se enfada.	6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA -Se estableció relación de confianza básica con el paciente, con un lenguaje sencillo y empático de acuerdo a su nivel cognitivo. -Se logró que el paciente identifique el problema que lo incomode. -Se tomó precauciones necesarias para brindar un ambiente seguro para integridad del paciente y los demás evitando riesgo de daños físicos (suicidio,	Paciente identifica situaciones que lo conducen a las acciones impulsivas. Según Escala de evaluación Diana: Paciente identifica frecuentemente Conducta de

		<p>autolesiones, fugas, violencia).</p> <p>-Se identificó mediante la vigilancia continua los riesgos para la seguridad del paciente y de los demás.</p> <p>-Se administró y monitorizo la administración del tratamiento parenteral (Decanoato de haloperidol 50mg Intramuscular al momento), así también su administración mensual durante el seguimiento domiciliario.</p> <p>-Se vigiló la función cognitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones).</p> <p>-Se ayudó al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño, técnicas de relajación.</p> <p>-Se instruye a los familiares y cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad del paciente.</p>	<p>autocontrol de la agresión (4)</p>
--	--	--	---------------------------------------

<p>00002</p> <p>Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c delusiones de daño e/p lo que verbaliza la paciente “la comida está contaminada” e IMC=15.8 delgadez moderada.</p>	<p>1621 CONDUCTA DE ADHESIÓN</p> <p>Escala: Nunca demostrado a siempre demostrada</p> <p>162101 Establece objetivos dietéticos alcanzables.</p> <p>162102 Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas.</p> <p>162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional.</p>	<p>1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se establece con equipo un peso adecuado como objetivo. - Se controla la ingesta y eliminación de líquidos. - Se establece comidas programadas servidas por la familia. - Se desarrolla una relación de apoyo cordial con la paciente. - Se establece expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas de ingesta de comidas y actividad física adecuada. - Se registra y controla el peso semanal de la paciente. 	<p>Paciente logra un peso adecuada de acuerdo a su talla y controlando el efecto secundario de la medicación. Según Escala de Evaluación Diana siempre demostrado (5)</p>
--	---	---	---

<p>00029</p> <p>Incumplimiento del régimen terapéutico r/c no conciencia de trastorno mental e/p exacerbaciones de síntomas y no asistencia a controles.</p>	<p>1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO MEDICACIÓN Y ENFERMEDAD</p> <p>Escalas: Nunca demostrado a siempre demostrado.</p> <p>160164 Acepta el diagnostico</p> <p>160163 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.</p> <p>160112 Controla la respuesta al tratamiento.</p> <p>160113 Controla los efectos terapéuticos de la medicación.</p> <p>160107 Realiza autocontrol cuando se le indica.</p> <p>1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA</p>	<p>1632 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se evalúa el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad. - Se identificó los factores causales que impiden el cumplimiento del tratamiento. - Se enseñó al paciente como colaborar durante el tratamiento. - Se ayudó al paciente a identificar los problemas que no puedan ser directamente controlados por ella. - Se informa a la paciente sobre el propósito y acción del medicamento. - Se instruye a la paciente sobre los efectos secundarios. - Se educó y se hizo partícipe a la familia en cuanto a la importancia del apoyo continuo de la terapéutica del paciente y sus beneficios. - Se prevé materiales educativos sobre el trastorno para informar a la familia. 	<p>Paciente logra tomar su medicación a horas indicadas, según Escala de Evaluación Diana: Siempre Demostrado (5)</p> <p>Familia logra el conocimiento extenso</p>
---	---	---	--

	<p>ENFERMEDAD.</p> <p>Escalas: Ningún conocimiento a conocimiento extenso.</p> <p>180302 Características de la enfermedad.</p> <p>180303 Causas y factores contribuyentes.</p> <p>180304 Factor de Riesgo</p> <p>180306 Signos y síntomas de la enfermedad.</p>	<p>- Familia participa en los talleres de adherencia al tratamiento.</p>	(5)
<p>00095 Insomnio</p> <p>r/c no ingesta de medicación e/p</p> <p>sueño alterado,</p> <p>irritabilidad y</p> <p>dificultad para</p> <p>realizar</p>	<p>0004 SUEÑO</p> <p>Escala: Gravemente comprometido a no comprometido.</p> <p>000402 Hora de sueño cumplido.</p> <p>000418 Duerme toda la</p>	<p>2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO ORAL</p> <p>- Se determinó los efectos que tiene la medicación del paciente.</p> <p>- Se estableció una rutina a la hora de irse a la cama, para facilitar la transición del estado de vigilia del sueño.</p> <p>- Se trituro la medicación con una pequeña cantidad</p>	<p>Paciente logra</p> <p>recuperar las horas</p> <p>completas de sueño</p> <p>durante la noche,</p> <p>despertando</p> <p>tranquila, según</p> <p>Escala de Evaluación</p>

actividades de día.	noche.	<p>de agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la comprobación en la boca después de la administración de medicación. - Se instruye a la familia sobre la forma de administrar la medicación. - Se reguló los estímulos ambientales como: luz, ruidos, para mantener los ciclos día – noche. - Se administró tratamiento indicado: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Olanzapina 10mg 1 noche. ➤ Clonazepam 2mg 1 cena - Se evitó la ingesta de alimentos (hipercalóricos) y bebidas (energizantes) antes de ir a dormir para que no interfieran ni entorpezcan el sueño. - Se logró con la paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena. 	Diana el sueño no se encuentra comprometido (5)
---------------------	--------	---	---

<p>00129 Alteración de los procesos del pensamiento r/c deterioro cognitivo crónico e/p ideas delirantes de daño, persecución y lenguaje incoherente</p>	<p>0900 COGNICIÓN Orientación de la realidad. Escala Gravemente comprometida a no comprometido. 090005 Está orientado</p> <p>1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO 140303 No responde a las alucinaciones e ideas delirantes Escala: Nunca demostrado a siempre demostrado. 140304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones e ideas delirantes.</p>	<p>6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizó el acercamiento al paciente de forma calmada y confiada. - Se realizó diariamente la orientación de lugar y tiempo mediante la actualización del fichero. - Se realizó actividades recreativas que requieren de atención y habilidad. - Se administró tratamiento según indicación médica: Decanoato de Haloperidol 50mg 1 ampolla cada 30 días Intramuscular. <p>Olanzapina 10mg 1 noche. Biperideno 2 mg. 1 desayuno 1 almuerzo 1 cena.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se promovió la disminución los estímulos ambientales excesivos. - Se evitó reforzar las ideas delirantes y no discutir sobre creencias falsas del paciente. - Se proporcionó a la paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones. - Se realizó diariamente la escucha activa y análisis de noticieros, radio y periódicos locales e 	<p>Paciente se encuentra orientada, participa de actividades programadas, según Escala de medición Diana Orientación de la realidad levemente comprometido (4)</p>
---	---	--	--

	140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.	internacionales. - Se exploró la expresión de pensamientos y sentimientos (positivos y negativos). - Se retiró estímulos ambientales como TV, cuadros en la pared previo observación rutinaria del entorno	
00108 Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro de la función cognitiva e/p dificultad para realizarse la higiene y desaseo personal.	0305 AUTOCUIDADO: HIGIENE Escala: Mantiene la higiene Corporal gravemente comprometido a no comprometido. 030501 Se lava las manos 030508 Se lava el cabello 030517 Mantiene la higiene corporal	1801 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE - Se consideró la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Se evaluó la capacidad por parte del paciente para ejercer autocuidados de manera independiente. - Se proporciona objetos personales. - Se proporcionó un ambiente terapéutico garantizando su individualidad. - Se fomenta la participación de la familia en los rituales habituales a la hora de irse a acostarse. - Se estableció en el paciente de manera coherente una rutina de autocuidado. - Se alentó la independencia del paciente, pero se	Paciente mantiene su higiene corporal adecuada, según Escala de Evaluación Diana se encuentra levemente comprometido (4)

		<p>intervino si el paciente no podía realizar la acción indicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se proporcionó ayuda hasta que el paciente fue capaz - de asumir su autocuidado. 	
<p>00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C salud inestable del receptor de los cuidados.</p>	<p>2600 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA</p> <p>Escala nunca demostrada a siempre demostrado</p> <p>26007 Expresa libremente sentimientos y emociones.</p> <p>260009 Utiliza estrategias para controlar el estrés.</p>	<p>7140 APOYO A LA FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se facilita la comunicación de inquietudes y sentimiento entre la paciente y la familia en el domicilio. - Se ayudó a la familia en adquirir los conocimientos para el cuidado de la paciente. - Se presenta a la familia a otras familias que está pasando las experiencias similares. <p>5450 TERAPIA DE GRUPO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se animó a que compartan cosas que tengan en común con otros. - Se animó a los pacientes a que compartan tristeza ira y alegrías. 	<p>Padres de la paciente se muestran más tranquilos y con compromiso en el cuidado de la paciente</p> <p>Según Evaluación Diana el receptor esta frecuentemente demostrado el afrontamiento (4)</p>

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. A la actualidad lograr la adherencia al tratamiento del paciente esquizofrénico es casi imposible pero el rol del profesional de Enfermería es muy importante para detectar los factores determinantes que conlleven a las recaídas de dichos pacientes en conjunto con la familia, ayudándolos así a mejorar su calidad de vida, a huir de su desestructurada vida, llevándolos a su inclusión social, defendiendo siempre su autonomía y capacidad para llevar una vida normal.
2. Se logró identificar los dominios y clases más afectadas para realizar los cuidados de enfermería, estableciendo las interrelaciones NANDA, NIC y NOC lo que permitió comunicar lo que se realizó, los diagnósticos formulados y resultados esperados; y las intervenciones que se realizó para conseguir las.
3. El personal de enfermería juega un rol muy importante en la información y el cuidado que se brinda al paciente de forma humanística, holística con base científica.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda elaborar materiales de adherencia, investigaciones y/o guías y así aportar en el logro de adherencia al tratamiento, a fin de mejorar la calidad de vida y disminuir las recaídas de los pacientes con esquizofrenia, implementar en el servicio de Enfermería, trabajo social y grupos de familia o soporte para el mantenimiento de los pacientes.
2. Se recomienda a todo el personal de enfermería a mantenerse actualizado sobre las innovaciones, particularmente en el área de Salud Mental y Psiquiatría utilizando los diagnósticos del NANDA, NIC y NOC.
3. Se recomienda al personal de salud involucrar la participación de la familia como base en el proceso de atención al paciente con esquizofrenia para su participación activa y evitar el cansancio del rol cuidador.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ OMS: Organización Mundial de la Salud. *Esquizofrenia*. Nota descriptiva N° 367. Washington: OMS; 2016.
- ² Ruiz O. *Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia*. Trabajo de grado. España: Universidad del País Vasco; 2015.
- ³ Gilmer TP, Ojeda VD, Barrio C, Fuentes D et al. Adherence to antipsychotics among Latinos and Asians with schizophrenia and limited english proficiency. *Psych Serv* 2009; 60(2):175-182.
- ⁴ Nitzan U, Bukobza G, Aviram, S, Lev-Ran S et al. Rebelliousness in patients suffering from schizophrenia-spectrum disorders - a possible predictor of adherence. *Psychiatr Res* 2013; 209 (1):297–301.
- ⁵ Izaskun S. *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*. Tesis de licenciatura. España: Universidad de la Rioja; 2015.
- ⁶ Amézquita L, Barrera A, Vargas T. *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
- ⁷ Paucar J. *Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud –2010*. Tesis de titulación. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.
- ⁸ APA: American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ⁹ Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008; 8 (1):32-34.
- ¹⁰ Schultz S, North S, Shields C. Schizophrenia: A Review. *American Family Physician*. 2007; 75 (1).
- ¹¹ Amézquita L, Barrera A, Vargas T. *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
- ¹² Schultz S, North S, Shields C. Schizophrenia: A Review. *American Family Physician*. 2007; 75 (1).

- ¹³ Amézquita L, Barrera A, Vargas T. *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
- ¹⁴ Amézquita L, Barrera A, Vargas T. *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
- ¹⁵ Lago N. Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina* 2015; 46 (1): 99-109.
- ¹⁶ Jeste SD, Patterson, TL, Palmer BW, Dolder CR et al. Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 63 (1):49–58.
- ¹⁷ Lago N. Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina* 2015; 46 (1): 99-109.
- ¹⁸ Lago N. Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina* 2015; 46 (1): 99-109.
- ¹⁹ Caqueo A, Urzúa MA, Miranda C, Irrázaval M. Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. *Salud mental* 2016; 39 (6): 303-310.
- ²⁰ Dilla D, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria* 2009; 41 (6): 342-348.
- ²¹ Caqueo A, Urzúa MA, Miranda C, Irrázaval M. Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. *Salud mental* 2016; 39 (6): 303-310.
- ²² Lago N. Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina* 2015; 46 (1): 99-109.
- ²³ Paucar J. *Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud –2010*. Tesis de titulación. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.
- ²⁴ Lago N. Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina* 2015; 46 (1): 99-109.
- ²⁵ Prado L, Gonzales M, Paz M, Romero K. (2014, diciembre). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Medica Electrónica*, 36, p.6.
- ²⁶ Izaskun S. *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*. Tesis de licenciatura. España: Universidad de la Rioja; 2015.
- ²⁷ Amézquita L, Barrera A, Vargas T. *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia*. Tesis de especialización. Colombia: Universidad del Rosario; 2012.
- ²⁸ Paucar J. *Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo*

Almenara Irigoyen-EsSalud –2010. Tesis de titulación. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.